

HUBUNGAN POLA MENYUSUI, KEADAAN DAN SIKAP IBU SERTA PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP STATUS GIZI ANAK BALITA DI DESA SIDOMUKTI, KECAMATAN PAGUYAMAN, KABUPATEN GORONTALO, SULAWESI UTARA

Banteng Hanang Wibisono

Puskesmas Sidomulyo, Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Gorontalo, Sulawesi Utara.

Banteng Hanang Wibisono, Association of breast feeding pattern, mother's characteristics, and supplementary food with nutritional status of under five children in Sidomukti village, Paguyaman, Gorontalo, North Sulawesi. *Berita Kedokteran Masyarakat* V:(2): 56 - 73

A study of breastfeeding pattern and other factors that influenced nutritional status of underfive children were done. A total of 120 children in Sidomukti village, Payaman Subdistrict, Gorontalo, North Sulawesi were examined while they visited Posyandu for different reasons. Predesign questionnaire has been used for interview with mother by Health center's nurse.

Data regarding age of weaning, its reasons, number of pregnancy and other characteristics of mother as well as nutritional status, weight for age and weight for height were gathered. Chisquare test was used to determine association between factors and nutritional status. It was found that mean of weaning was at age 15,3 month's. Illness of mother, age when supplement food was given were significantly associated with nutritional status. Proportion of breastfed children was 60,8 %.

Key Words : breastfeeding, mother's characteristics, nutritional status.

PENDAHULUAN

Masalah Kekurangan Kalori Protein (KKP) masih merupakan hal yang memprihatinkan. Tarwotjo dan kawan-kawan (1979), menyebutkan 30 % kelompok anak prasekolah di Indonesia menderita gizi kurang dan 3 % gizi buruk. Di Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah, Martodipuro, dkk. (1973) mendapatkan 46,1% anak balita menderita gizi kurang dan 29,1 % gizi buruk. Di Jawa Barat Alisyahbana (1977) mendapatkan angka berkisar antara 20,3-39 %, sedangkan Wibisono (1980) di desa Sariharjo, Daerah Istimewa Yogyakarta mendapatkan gizi kurang dan buruk pada anak di bawah dua tahun sebesar 42,85 %. Di Jawa Timur Tarwotjo, dkk. (1979) mendapatkan gizi kurang 25,4 % dan gizi buruk 2,8 %. Daerah di luar Jawa seperti Lampung Tengah, Djoko Susanto dan kawan-kawan (1976) mendapatkan angka berkisar 25-39 % sedangkan Tarigan (1977) di Sumatera Utara mendapatkan 33,03 %. Di Sulawesi, Tarwotjo, dkk. (1979) mendapatkan gizi kurang berkisar 11,4- 20,2 % dan gizi buruk 2,2-5,2 %.

Pada umumnya keadaan KKP disebabkan tiga faktor yaitu, kemiskinan, ketidaktahuan dan penyakit yang menimbulkan tidak terpenuhinya kebutuhan makanan secara kualitatif maupun kuantitatif. Ketiga faktor ini merupakan lingkaran setan, ditambah kebiasaan dan adat istiadat yang tidak mendukung

kesehatan, kepadatan penduduk dan sanitasi lingkungan yang buruk akan memberi peluang timbulnya infeksi dan infestasi parasit.

Umumnya para ahli sepakat bahwa air susu ibu lebih unggul dari susu sapi atau bahan pengganti lain. Hal ini terlihat dari angka kematian dan angka kesakitan pada bayi yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) ternyata lebih rendah dibanding mereka yang mendapat Susu Bubuk (SB).

Periode prasekolah terutama tahun kedua kehidupan merupakan umur penuh risiko, karena periode ini banyak berkaitan dengan faktor makanan, immunitas terhadap infeksi dan ketergantungan psikologi. Oleh karena itu dalam Sistem Kesehatan Nasional peningkatan status gizi masyarakat merupakan salah satu prioritas pembangunan jangka panjang di bidang kesehatan seperti dimuat dalam Panca Karsa Husada.

Untuk mengetahui sejauh mana pengaruh hubungan pola menyusui dan pemakaian susu bubuk yang tampak mulai mendesak peran kebiasaan dan sikap ibu menyusui yang merupakan tugas utama dalam perawatan anak, berikut pemberian makanan tambahan terhadap status gizi anak balita maka dilakukan penelitian ini.

BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan di desa Sidomukti, Kecamatan Paguyaman, Kabupaten Gorontalo, Propinsi Sulawesi Utara yang merupakan desa pedalaman berjarak kurang lebih 80 km dari ibukota kabupaten Limboto dan 7 km dari Puskesmas induk Sidomulyo. Desa Sidomukti merupakan desa swakarya dengan luas wilayah 10 Km² yang terdiri atas ladang 700 Ha, hutan 100 Ha persawahan yang ada merupakan sawah tadah hujan dan ladang yang pada umumnya ditanami palawija jagung. Desa ini terdiri atas enam dusun. Ketinggian dari permukaan laut 600 meter. Jumlah penduduk 2.224 jiwa terdiri atas 1.120 laki-laki dan 1.104 wanita dalam 385 keluarga. Jumlah anak balita 712 jiwa, 342 laki-laki dan 370 wanita.

Penduduk tersusun atas 95 % suku Gorontalo dan 5 % transmigran suku Jawa serta 99 % beragama Islam. Mata pencaharian utama sebagian besar petani dan peladang. Sebagian besar penduduk buta huruf dan tidak tamat sekolah dasar, hanya 0 orang (0,04 %) berpendidikan SLTP ke atas.

Sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang ada di desa Sidomukti berupa sebuah Puskesmas pembantu yang dipimpin seorang paramedis yang menetap di lokasi dan dibuka setiap hari serta mendapat kunjungan petugas dari Puskesmas induk empat kali setiap bulannya. Tenaga bantu kesehatan masyarakat yang dimiliki terdiri dari sepuluh orang kader gizi, lima orang promotor kesehatan desa (prokesa), lima orang dukun terlatih, sepuluh orang kader Jaga-Spal dan posyandu empat buah yang melakukan kegiatan teratur setiap bulan. Di desa ini telah berjalan program PGK, pengembangan Jaga-Spal, PKMD, P2WKSS dan P2WT.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terhadap ibu anak balita dengan menggunakan kuesioner, pemeriksaan fisik dan pengukuran antropometri. Wawancara dilakukan oleh paramedis lulusan SPK, pemeriksaan fisik oleh dokter umum sedangkan pengukuran antropometri dilakukan oleh paramedis dibantu kader gizi dan prokesa. Pencuplikan dilakukan secara rambang sederhana. Alat yang

digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan dacin yang mempunyai kepekaan 0,01 Kg, sedangkan panjang badan dengan meteran jahit gulung mempunyai kepekaan 0,1 Cm. Pengukuran dilakukan satu kali. Penelitian ini dilaksanakan dalam bulan Maret 1986 dengan mengumpulkan ibu dan anak balita pada posyandu yang telah tersedia pada saat pelayanan terpadu dilakukan setiap bulannya.

Status gizi anak balita dikelompokkan ke dalam gizi baik dan gizi kurang. Status gizi ditetapkan dengan standar Harvard, berat badan menurut umur dengan ketentuan gizi baik bila di atas 80% dan gizi kurang bila 60-80%. Dengan garis patokan persentil 50 baku Harvard sama dengan 100 %. Sedangkan berat badan terhadap tinggi badan memakai kriteria Stuart dan Stevenson (1959) dengan ketentuan gizi baik bila di atas 90 % standard dan gizi kurang di bawah 90 % standard. Hasil ini menyatakan keadaan gizi saat penelitian dilakukan. Hubungan antar variabel diuji dengan Kai kuadrat.

HASIL

Subyek penelitian ini berjumlah 120 balita, atau 16,85% dari seluruh balita yang terdiri dari 58 laki-laki (48,33 %) dan 62 wanita (51,67 %). Dengan perincian 112 balita (93,3 %) suku Gorontalo dan 8 balita (6,7 %) suku Jawa.

Penetapan status gizi berdasarkan berat badan berdasar umur serta berat badan dengan panjang badan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Jumlah balita digolongkan menurut kelompok umur dan status gizi.

Umur (bulan)	Berat badan/umur				Berat badan/panjang badan			
	Gizi baik		Gizi kurang		Gizi baik		Gizi kurang	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 5	12	100	0	0	9	75	3	25
6 - 11	17	58,6	12	41,4	19	65,5	10	34,5
12 - 17	14	60,8	9	39,1	21	91,3		8,7
18 - 23	9	56,2	7	43,8	12	75	4	25
24 - 29	3	37,5	5	63,5	2	25	6	75
30 - 35	9	64,3	5	36,7	12	85,7	2	14,3
36 - 41	5	71,4	2	28,6	6	85,7	1	14,3
42 - 47	2	33,3	4	66,7	6	85,7	2	33,4
48 - 53	1	50	1	50	1	50	1	50
54 - 60	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Jumlah	74		46		88		32	

Tampak di sini 74 balita (61,7%) berada dalam keadaan status gizi baik menurut ukuran BB/Umur dan 88 balita (73,3%) menurut ukuran panjang badan terhadap berat badan. Proporsi ini tampak lebih besar dari yang didapat oleh peneliti lain.

Dari 120 balita ternyata 46 balita (38,3%) telah disapih oleh ibunya. Berdasarkan kelompok umur yang disapih dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Balita yang telah disapih menurut golongan umur.

Umur (Bulan)	Jumlah	Persentase
0 - 5	6	50
6 - 11	15	51,7
12 - 17	9	39,1
18 - 23	10	62,5
24 - 29	2	25
30 - 35	2	14,3
36 - 41	1	14,3
42	1	16,7
Jumlah	46	

Adapun rerata dari umur disapih didapatkan 15,3 bulan. Yang menjadi sebab penyapihan ternyata yang terbanyak karena anak menolak dan ibu hamil lagi. Hal ini dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Sebab-sebab penyapihan balita.

Sebab penyapihan	Jumlah	Persentase
Anak menolak	12	26,1
Ibu hamil lagi	11	23,9
Anak sudah besar menurut ibu	8	17,4
Air susu tak keluar	6	13
Ibu sakit	4	8,7
Agar anak mau makan	4	8,7
Ibu berpisah dari anak	1	3,2
Jumlah	46	100

Mengenai usia penyapihan dengan penghasilan keluarga tiap bulan ternyata terlihat bahwa mereka yang berpenghasilan Rp.20.000,- atau lebih per bulan banyak yang telah menyapih anak. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Hubungan penyapihan dengan penghasilan keluarga tiap bulan rata-rata.

Jumlah penghasilan rata-rata/bulan	Jumlah anak	persentase
1. Rp. 0 - 19.999.-	21	45,7
2. Rp. 20.000 ke atas	25	54,3
Jumlah	46	100

Mengenai jumlah kehamilan yang dialami oleh ibu ternyata tak dijumpai perbedaan yang bermakna secara statistik dalam menentukan status gizi balita.

Tabel 5. Hubungan jumlah kehamilan dengan status gizi balita

Jumlah kehamilan	n	Gizi baik n	Gizi kurang n
1 - 3	83	52	31
4 ke atas	37	22	15
Jumlah	120	74	46

Frekuensi kunjungan ke Puskesmas dan Posyandu yang dibedakan sekali sebulan dan lebih untuk mengetahui derajat kesehatan anaknya serta mendapat penyuluhan kesehatan, ternyata tak berpengaruh secara bermakna terhadap status gizi anak balita. Hal ini dapat dilihat pada tabel 6 dan 7

Penyakit yang diderita ibu sebulan lalu ternyata sangat mempengaruhi status anak balita sehingga jika ibu sakit, balitanya memiliki status gizi kurang. Hal ini dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Hubungan antara penyakit yang diderita ibu sebulan lalu dengan status gizi balita.

Keadaan ibu	n	Gizi baik	Gizi kurang
1. Sehat	72	52	20
2. Sakit	48	22	26
Jumlah	120	74	46

$$X^2 = 8,48 ; p < 0,01$$

Frekuensi kunjungan ibu ke Limboto ataupun Gorontalo yang diklasifikasikan satu kali sebulan dan lebih ternyata tidak berpengaruh terhadap status gizi anak balita.

Tingkat pendidikan ibu yang dibedakan menjadi tak sekolah, tamat SD dan SLTP ke atas tak dijumpai perbedaan yang bermakna dalam pengaruhnya terhadap status gizi balita

Ternyata dua anak belum mendapat makanan tambahan dan mengenai waktu pemberian makan tambahan ternyata dijumpai perbedaan pengaruh secara bermakna untuk status gizi balita.

Tabel 7. Hubungan waktu pemberian makanan tambahan dengan status gizi balita.

Saat pemberian makan tambahan (bulan)	n	Gizi baik	%	Gizi kurang	%
0 - 6	59	42	71,2	17	28,8
6 ke atas	59	31	52,5	28	47,5
Jumlah	118	73		45	

$$X^2 = 4,48 ; p < 0,05$$

Penyakit yang diderita balita sebulan yang lalu dapat dilihat pada Tabel 8.

Tabel 8. Distribusi penyakit anak balita sebulan yang lalu.

Jenis penyakit	n	Gizi baik	%	Gizi kurang	%
1. Penyakit saluran nafas	59	38	64,4	21	35,6
2. Penyakit saluran pencernaan	8	6	75	2	25
3. Penyakit kulit	6	3	50	3	50
Jumlah	73	47		26	

Tampak di sini angka prevalensi (morbiditas) pada anak balita masih cukup tinggi, baik status gizi baik dan kurang di mana masing-masing 47 balita (61,5 %) dan 26 balita (56,52 %).

Mengenai imunisasi yang telah diterima anak balita hanya Polio yang masih jauh kurang, mengingat prioritas program imunisasi polio masih terbatas pada kecamatan yang dekat dengan ibukota kabupaten. Di mana yang paling banyak diterima ialah imunisasi BCG kemudian menyusul DPT dan Campak. Apabila dibandingkan antara yang telah mendapat ketiga imunisasi ini menurut status gizi tak didapatkan perbedaan yang bermakna menentukan status gizi balita. Hal ini dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9. Hubungan balita yang telah mendapat imunisasi dengan status gizi.

Jenis Imunisasi	n	Gizi baik	%	Gizi kurang	%
1. BCG	110	65	59,1	45	40,9
2. DPT	105	62	59	43	41
3. Campak	84	49	58,3	35	41,7
4. Polio	4	3	75	1	25

Sedangkan jumlah anak balita yang dimiliki seorang ibu antara 1 dibandingkan 2 dan 1 dibandingkan 3 tak dijumpai perbedaan yang bermakna dalam status gizinya.

Peserta program keluarga berencana ternyata berjumlah 111 orang di mana yang terbanyak memakai metode suntikan sebanyak 65 aseptor, sedangkan Pil 37 aseptor serta IUD 9 aseptor.

Dari seluruh aseptor KB yang terbanyak telah mengikuti program KB selama kurang dari setahun sebanyak 60 orang (54,55 %) sedangkan 1 - 3 tahun berjumlah 44 orang (40 %) sedangkan yang 3 - 5 tahun sebanyak 7 orang (5,45 %). Mereka yang mengeluh ada pengaruh pemakaian Pil KB terhadap produksi susu Ibu dijumpai 5 orang aseptor. Hampir separuh dari ibu-ibu menggunakan ramuan untuk memperlancar ASI yang dijumpai pada 63 orang (52,5 %).

Frekuensi pemeriksaan kehamilan yang terakhir ke Puskesmas, puskesmas pembantu serta Posyandu ternyata didapatkan perbedaan yang bermakna antara kelompok tak diperiksa sampai yang hanya 3 kali selama kehamilan dengan yang 4 kali ke atas.

Tabel 10. Hubungan frekuensi periksa kehamilan dengan status gizi balita.

Frekuensi periksa hamil	n	Gizi baik	%	Gizi kurang	%
a. 0 - 3 kali	82	45	54,9	37	45,1
b. 4 ke atas	38	29	76,3	9	23,7
Jumlah	120	74		46	

$$\chi^2 = 5,04 ; p < 0,05$$

Sedangkan hubungan antara penolong persalinan yang terlatih dengan yang tak terlatih ternyata tak dijumpai perbedaan yang bermakna.

Ternyata ASI masih banyak dipakai oleh sebanyak 72 orang ibu (60 %) sedangkan Susu Bubuk (SB) hanya 22 orang ibu (18,3 %) dan 24 orang ibu (20 %) tidak memakai ASI atau Susu Bubuk.

Tabel 11. Hubungan pemanfaatan ASI, Susu Buatan, dengan status gizi balita.

Yang dipakai	n	Gizi baik	%	Gizi kurang	%
a. ASI	72	47	65,3	25	34,7
b. Susu Bubuk	22	11	50	11	50
c. ASI = Susu bubuk	1	1	100	0	0
Jumlah	95	59		36	

Terlihat kesan balita yang menerima ASI lebih banyak masuk dalam kelompok status gizi baik jika dibanding dengan pemakai Susu Bubuk, walaupun perbedaannya tak bermakna. Yang digunakan untuk memberi Susu Bubuk yang terbanyak dengan botol sebesar 13 balita (56,5 %).

Adapun penganjur pemakai ASI yang terbanyak pamong desa, orang tua dan dukun bayi masing-masing sebesar 100 persen, 88 persen dan 83,34 persen. Sedangkan penganjur pemakai susu Bubuk adalah mantri sebesar 80 persen. Hal ini dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 12. Penganjur pemakai ASI dan Susu Bubuk.

Penganjur	n	Susu Bubuk	%	ASI	%
1. Dokter	5	2	40	3	80
2. Mantri kesehatan	10	8	80	2	20
3. Bidan	13	3	30,8	9	69,2
4. Dukun bayi	24	4	16,6	20	83,34
5. Orang tua	25	3	12	22	88
6. Orang lain	16	2	12,5	14	87,5
7. Pamong desa	3	0	0	3	100

Adapun frekuensi menyusui seharinya rata-rata 6,68 kali di mana sebagian besar disusui karena menangis pada 47 balita (64,4 %), kalau mau pada 20 balita (27,4 %) dan sesuai jadwal pada 6 balita (8,2 %).

Alasan mereka mengunjungi Posyandu umumnya untuk mengetahui tingkat kesehatan anaknya ini pada 112 orang (93,3 %), untuk mendapat pelayanan gratis 7 orang (5,8 %), sedangkan mendapatkan pengetahuan kesehatan hanya 1 orang (0,9 %). Sedangkan alasan mereka tidak mengunjungi Posyandu dengan teratur yaitu tak datang tiga kali berturut-turut karena tak mengetahui tempat dan waktu pelaksanaan sebesar 13 orang (56,5 %) dan karena ada kepentingan lain 10 orang (43,5 %). Di mana yang datang teratur sebanyak 97 orang (80,84 %) dan yang tak datang teratur sebanyak 23 orang (19,16 %).

PEMBAHASAN

Prevelensi malnutrisi berdasarkan parameter berat badan terhadap usia sebesar 38,3 % dan parameter berat badan terhadap tinggi badan sebesar 26,7 %. Hasil ini tak jauh berbeda dari Wibisono (1980) sebesar 42,85 %, Ngurah (1981) sebesar 39 % dan Enoch dan Syarif (1986) sebesar 41 %. Sedang untuk berat badan terhadap tinggi badan di daerah Sulawesi Utara sebesar 14,4 %.

Kalau dilihat pada kelompok usia 24 - 29 bulan merupakan kelompok dengan presentasi malnutrisi yang paling besar jika dibanding dengan kelompok usia lainnya, sebesar 63,5. Di mana hal ini tak jauh berbeda dengan hasil yang dilaporkan Enoch dan Paredede (1987) sebesar 65,4 % hanya saja berbeda dengan Sudirman dan Rakawati (1984) sebesar 12,5 persen.

Tampak di sini sampai usia 6 bulan semua balita dalam keadaan gizi baik untuk kemudian terjadi malnutrisi setelah usia di atas 6 bulan sampai usia 54 bulan. Juga pada kelompok 42-47 bulan proporsi malnutrisi 66,67 persen, sedang kalau parameter berat badan terhadap panjang badan digunakan, maka lebih kecil bila dibanding kelompok usia 24-29 bulan. hal ini menggambarkan mulai usia 6 bulan ke atas sebagian anak mengalami kekurangan kalori biasanya akibat pemberian makanan tambahan terlambat diberikan atau kualitas dan kuantitas makanan tak adekuat.

Seperti hasil yang diperoleh Lubis dan kawan-kawan (1985) tak menemukan malnutrisi pada bayi sampai usia 6 bulan. Malnutrisi terbanyak dijumpai pada usia dibawah 3 tahun yaitu pada waktu anak sedang atau sudah disapih di mana periode yang penuh risiko ini berkaitan dengan faktor makanan, imunitas terhadap infeksi dan psikologis. Jelliffe dan Jelliffe (1976) sebagaimana dikutip oleh Suyitno (1986) menyatakan usia 2 - 3 tahun sebagai "second years transtitional" karena konsumsi zat makanan yang kurang terutama kalori dan protein, sedang Rohde (1974) dalam Ebrahim (1979) akibat minuman yang encer dan terkontaminasi kuman menyebabkan diare dan marasmus, sehingga mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian. Menurut Jelliffe (1968) dikutip oleh Suyitno (1986) hal tersebut terjadi akibat penghentian pemberian ASI secara mendadak dan pemberian makanan padat tak memadai. Sedangkan malnutrisi menurut parameter berat badan terhadap tinggi badan mulai tampak pada kelompok usia 0 - 6 bulan sebesar

25 persen. Hal ini diduga akibat peran penyakit infeksi dan produksi ASI yang rendah. Melihat usia ketika disapih tampak adanya kecenderungan menurun (rerata = 15,3 bulan) yang tak jauh berbeda dengan hasil penelitian Wibisono (1980) dengan rerata = 11 bulan serta Enoch dan Paredede (1987) pada usia 1-2 tahun. Sedang kelompok usia 18-23 bulan sebesar 62,5 persen yang tak jauh berbeda dengan Enoch dan Paredede (1987) dan kelompok usia 12-24 bulan sebesar 43 persen. Untuk usia rata-rata penyapihan tampak berbeda dengan hasil yang dilaporkan Satoto (1977) di Banyutowo (rerata 23,69 bulan) dan di Karimunjawa (rerata 23,53 bulan) sedangkan yang disapih usia 19-24 bulan di Banyutowo sebesar 64,29 persen dan di Karimunjawa 47,37 persen.

Keadaan ini berbeda dengan hasil penelitian Hariyono (1977) di Demak yang mendapatkan usia penyapihan yang lebih tinggi. Sedangkan Nurdianti (1988) di posyandu Puskesmas Mlati I dan II mendapatkan 74 persen ibu menyusui anaknya lebih dari 12 bulan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa 50 persen subyek disapih sejak usia 6 bulan yang meningkat dengan meningkatnya usia. Mengingat hal ini tentu perlu mendapat perhatian yang sungguh-sungguh, keadaan ini menunjukkan kurangnya informasi dan pengetahuan yang benar mengenai ASI. Alangkah baiknya jika petugas puskesmas yang merupakan sumber terdekat yang dapat dihubungi oleh ibu-ibu di desa serta para dukun bayi terlatih yang biasanya ikut merawat ibu dan bayi yang ditolongnya waktu melahirkan selama beberapa minggu, berperan dalam promosi untuk menyusui. Anjuran dapat diberikan selama persalinan, pada hari kembali ke rumah dari tempat bersalin, setelah 6 minggu pertama dan mendapat haid kembali dan saat ketika ASI tiba-tiba berkurang, pengenalan makanan tambahan, ibu sakit dan kembali bekerja. Kebiasaan menyusui bukan tingkah laku naluriah, melainkan suatu seni yang diturunkan dari generasi ke generasi, baik oleh salah satu anggota keluarga biasanya si ibu atau teman dekatnya. Ini merupakan peranan para DOULA yang disoroti oleh Raphael dan ditekankan oleh Jelliffe sebagaimana dikutip Enoch dkk. (1986) dan Pechevis (1981), karena perubahan-perubahan yang terjadi dalam masyarakat modern, maka banyak DOULA sekarang yang hilang. Oleh karena itu peran mereka diambil oleh para petugas kesehatan itu sendiri dan dukun bayi terlatih atau lebih baik lagi bila ada para DOULA baru. Sehingga diharapkan terciptanya lingkungan psikologis yang menguntungkan dengan memberi dukungan kepada ibu-ibu yang mengalami saat kritis dan menyebarkan informasi yang benar dan jelas tentang ASI.

Yang menjadi penyebab utama penyapihan karena anak menolak sebesar 26,1 % serta ibu hamil lagi sebesar 23,9 %. Hasil ini tidak berbeda dengan hasil penelitian Wibisono (1980) karena ibu hamil lagi sebesar 30,76 %, Satoto (1977) sebesar 26,3 %, Enoch dan Paredede. (1987) sebesar 32,8 % sedangkan Hariyono (1977) jauh lebih tinggi sebesar 50 %. Sesuai dengan hasil penelitian Blankhart dan kawan-kawan (1960) tetapi berbeda dengan penemuan Mely.G.Tan dan kawan-kawan (1971) yang dikutip oleh Satoto (1977) di Bali, kehamilan ternyata masih merupakan suatu alasan penyapihan dini, sebelum usia satu tahun, karena alasan tradisi setempat. Tradisi ini merugikan anak karena seperti kita ketahui kehamilan tak mempengaruhi ASI baik kualitas maupun kuantitas. Alasan lainnya anak dianggap

cukup besar untuk disapih menurut ibu serta ibu harus bekerja mencari nafkah, pada penelitian ini diajukan oleh 73,9 persen yang tidak berbeda dari penelitian Satoto (1977) di suatu desa dekat kota yaitu 71,4 persen. Ini sebagai akibat dari perubahan peran ibu dalam tata kehidupan masyarakat maupun pengaruh kehidupan kota terdekat.

Untuk alasan ibu sakit di sini mencapai hasil sebesar 8,7 %, sedangkan Enoch.M dan Paredede.I.M (1987) sebesar 20,8 % walaupun sesungguhnya keadaan ibu yang sakit bukan kontra indikasi, mutlak, kecuali keadaan yang sangat infeksius. Brown (1973), Sloper dkk. (1975) dan Hart (1976), dikutip oleh Wibisono (1980), menyatakan keadaan sosial ekonomi keluarga terhadap usia penyapihan berperan nyata. Golongan menengah paling banyak menyerap produk modernisasi kota besar sedang ibu keluarga miskin sebagian besar harus bekerja untuk menambah penghasilan. Keadaan ini berbeda dengan hasil Satoto (1976) yang mendapatkan penyapihan paling besar dilakukan oleh keluarga miskin dan cukup dibandingkan keluarga kaya.

Jumlah kehamilan yang dialami ibu ternyata tidak mempengaruhi status gizi balita. Keadaan ini berbeda dengan hasil Wibisono (1980) yang mendapatkan perbedaan yang bermakna dengan korelasi negatif rendah di mana makin banyak seorang ibu hamil ternyata makin berkurang berat badan anaknya.

Ternyata frekuensi kunjungan ke Puskesmas dan Posyandu antara sebulan sekali atau lebih dengan yang kurang dari sebulan sekali berbeda secara bermakna tak bermakna dalam menentukan status gizi balita. Ini sesuai dengan hasil Wibisono (1980) di desa Sariharjo. Hal ini mungkin disebabkan ibu belum atau tak dapat menerima pesan atau petunjuk yang telah diberikan oleh petugas kesehatan puskesmas, kader gizi dan dukun terlatih dalam pelaksanaan perawatan bayi yang benar dalam kehidupan sehari-harinya. Hal ini dapat menjadi bahan masukan pelajaran berkesinambungan bagi dukun bayi terlatih agar pesan kesehatan dapat mencapai sasaran.

Untuk kunjungan ibu ke Ibukota kabupaten Limboto atau Gorontalo frekuensinya ternyata tak mempengaruhi status gizi balita. Hal ini sesuai dengan hasil Wibisono (1980), Satoto (1977) di Karimunjawa tapi berbeda dengan di Banyutowo diduga terpengaruh kebiasaan hidup kota besar yang dekat letaknya dengan segala kemajuan khususnya dalam hal pemakaian susu bubuk karena menganggap pemberian susu bubuk adalah modern. Akibat timbulnya pencangkakan sikap budaya yang menganggap payudara mempunyai sifat erotis dan estetis tanpa melihat fungsinya dalam pemberian makanan. Berbeda dengan Enoch dan Paredede (1987) tak menemukan alasan menyusui dapat merusak daya tarik di mana mereka sebenarnya menyapih karena terpaksa oleh keadaan yang tak diharapkan. Sedangkan menurut Brown (1973) sementara ibu-ibu di desa mungkin cenderung untuk mengikuti pola dan kebiasaan ibu-ibu di kota dikutip oleh Wibisono (1980).

Tingkat pendidikan ibu tak dijumpai pengaruhnya secara bermakna terhadap status gizi balita. Malah ada kecenderungan yang berlawanan. Ini mungkin ibu yang berpendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima iklan yang mempromosikan pemakaian Susu Bubuk dan merasa statusnya naik dan lebih tinggi dengan memakai

susu bubuk. Bisa juga ibu-ibu di desa bekerja, sehingga harus meninggalkan rumah. Belum lagi akibat akibat tak mengamati petunjuk pabrik dalam membuat susu bubuk untuk diberikan kepada anaknya di mana terlalu encer dengan sisi lain menghemat. Sedangkan ibu yang berpendidikan rendah lebih banyak tinggal di rumah di mana mereka masih erat memegang tradisi nenek moyang sehingga sukar sekali untuk menerima sesuatu yang baru

Mengenai saat pemberian makanan tambahan ternyata di sini dijumpai perbedaan yang bermakna. Hal ini sesuai dengan penelitian Satoto (1977) di mana didapatkan bahwa pemberian makanan tambahan pada 3 bulan pertama kehidupannya mempunyai keadaan gizi yang lebih baik dibanding anak yang diberi makanan pada usia yang lebih tua. Hasil yang sama dengan penelitian R.Coker dkk. (1975) yang dikutip oleh Satoto (1977). Walaupun ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi namun ASI tidak akan mencukupi kebutuhan bayi dengan meningkatnya usia. Oleh sebab itu bayi membutuhkan makanan lain setelah berusia 6 bulan karena satu diantara mutu dan jumlah atau keduanya mulai berkurang. Sehingga selain diberi ASI bayi juga membutuhkan makanan tambahan.

Sedangkan penelitian Bailey (1965) dikutip Ebrahim (1979) di New Guinea memberi catatan bahwa menetek sampai tahun kedua dapat menyediakan 15-50 % protein dalam dietnya. Sedangkan Lubis dkk. (1985) mendapatkan anak yang telah diberi makanan tambahan pada umur kurang dari 4 bulan, lebih banyak (78,6 %) menderita ataupun pernah menderita KKP dibandingkan dengan waktu yang diberikan pada usia 4-6 bulan, sebesar 44,4 %. Memang waktu yang tepat untuk memulai memberikan makanan tambahan masih merupakan kontroversi. Di daerah perkotaan, mungkin disebabkan oleh kompetisi antara ibu-ibu (kadang-kadang juga dokter) untuk mendapatkan anak yang lebih gemuk ataupun pengaruh industri makanan bayi untuk memberikan makanan tambahan yang lebih dini. Di daerah pedesaan hal ini biasanya hanya disebabkan oleh tradisi disamping merupakan usaha ibu untuk mendapatkan anak yang lebih sehat. Pemberian makanan yang terlalu dini dapat pula mengakibatkan bayi selalu merasa kenyang. Kurang sering dan kurang mantapnya rangsangan isapan terhadap payudara secara neurohormonal akan menyebabkan berkurangnya produksi ASI yang akhirnya akan menyebabkan penyapihan terlalu dini.

Di samping itu kurang diperhatikannya syarat-syarat kesehatan pada pemberian makanan tambahan serta tidak atau kurangnya diperoleh faktor kekebalan melalui ASI, menyebabkan anak lebih mudah mendapatkan serangan diare atau penyakit lain yang memudahkan timbulnya malnutrisi. Munir (1983) yang dikutip oleh Lubis dkk. (1985), menyatakan bahwa baiknya keadaan gizi bayi berusia di bawah 6 bulan mungkin berkaitan dengan kebiasaan memberikan makanan tambahan secara dini, di samping tingginya prevalensi pemakaian ASI dan rendahnya insiden penyakit diare. Jelliffe (1975) menyatakan bahwa pemberian makanan tambahan sebelum usia 4 bulan harus dicegah dan Soysa (1983) menganjurkan agar makanan tambahan mulai diberikan sekitar usia 4-6 bulan (Lubis dkk., 1985). Yekti dkk. (1986) mendapatkan di desa Mororejo dan Tanjung sebagian besar ibu memberikan makanan tambahan nasi pisang pada usia muda, di mana pemberian makanan ini bersifat tradisional dan dalam jumlah kecil serta

masih dijumpai ada bayi-anak dalam kelompok usia 7-12 bulan dan 13-36 bulan yang hanya diberi ASI. Seperti juga Fatimah (1984) dan Satoto (1982) dalam Yekti dkk. (1986) di Karimunjawa dan Bojonegoro mendapatkan ibu-ibu banyak yang bersifat menuruti kemauan anak yang tak mau makan. Apabila hal ini berlarut-larut sampai dengan usia lebih satu tahun tentu akan merugikan pertumbuhan balita itu sendiri dan tampaknya ini tidak/belum disadari oleh kaum ibu. Dari sudut pola menyusui dan pemberian makanan tambahan kiranya perlu dilakukan penyuluhan-penyuluhan yang lebih sering sehingga diharapkan terbentuk sikap, perilaku dan kebiasaan menetap yang lebih sempurna dalam hal menyusui dan memberikan makanan tambahan.

Mengenai penyakit yang diderita balita sebulan yang lalu ternyata paling banyak menderita penyakit saluran nafas dan penyakit saluran pencernaan baik pada balita dengan status gizi kurang maupun gizi baik. Hal ini tak jauh berbeda dengan hasil yang diperoleh Rohde (1975) dalam Enoch dkk. (1986) mengemukakan empat kelompok penyebab kematian anak di bawah usia 5 tahun (terutama 1-4 tahun) yaitu infeksi, pneumonia, diare dan KKP. Tampak dalam penelitian ini memperlihatkan angka kesakitan pada anak balita masih cukup tinggi di mana pada gizi baik sebesar 61,51 % dan gizi kurang sebesar 56,52 %. Keadaan ini agak lebih tinggi dari yang didapatkan Darmono dan Moeis (1985) di Karimunjawa sebesar 31,88 % dan Budiarto. R (1978) dalam Darmono dan Moeis (1985) sebesar 46-25 %. Sehingga tampak di sini faktor infeksi masih tetap merupakan ancaman yang potensial terhadap anak balita yang tak lepas dari faktor higiene dan sanitasi lingkungan, sumber air bersih dan kakus. Sedangkan Suryadi dan kawan-kawan (1980) di Sukabumi mendapatkan adanya perbedaan yang bermakna dari angka kesakitan antar kelompok anak normal dan KKP pada wilayah kontrol dan wilayah Cipetir Manggala (Tinggi Kalori dan Tinggi Protein + Pengobatan) serta tak ada perbedaan bermakna angka kesakitan antar anak normal dan KKP wilayah Sukamaju (TKTP + Pengobatan) dengan wilayah Cibungur (TKKP + Pengobatan + Pendidikan gizi dan kesehatan). Ada kecenderungan pengobatan dengan TKTP kurang memberi hasil atau belum dapat menurunkan angka kesakitan.

Mengenai pemberian imunisasi antara yang mendapatkan imunisasi lengkap (BCG+DPT+CAMPAC) dibanding yang tak lengkap atau belum sama sekali tak didapatkan perbedaan yang bermakna dalam menentukan status gizi balita. Hal ini tak lepas dari kemungkinan rangkaian perjalanan "Cold Chain" vaksin yang sampai di lokasi pedesaan terganggu sehingga mutunya menjadi berkurang. Walaupun untuk menilai manfaat dan hasil kerja telah dilakukan Scar survei serta kalau melihat penelitian pendahuluan mengenai respon antibodi terhadap vaksinasi DPT yang dilakukan Hariyono (1984) didapatkan hasil tak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok gizi baik, kurang dan buruk.

Keadaan ini tak mencerminkan seperti yang diharapkan di mana umumnya anak KKP pertahanan tubuhnya menurun dan tenaga virulensi patogen lebih kuat sehingga menyebabkan keseimbangan terganggu dan anak menderita infeksi dimana salah satu determinan dalam mempertahankan keseimbangan tersebut ialah status gizi anak. Di negara tropis infeksi bakteri dan parasit kronis secara tidak langsung dapat mempengaruhi kebiasaan makan berkurangnya nafsu makan

gangguan absorpsi dan keseimbangan nitrogen negatif. Hal ini sering terjadi pada kasus-kasus diare dan morbili menyebabkan KKP derajat sedang menjadi kwasiorkhor. Pada keadaan KKP memang terjadi gangguan respon imun seluler di mana dijumpai atrofi kronis kelenjar Thymus, tonsil, nodus limfatikus dan limpa sehingga defek fungsional sistem imun sel itu bertanggung jawab atas kerentanan yang meningkat terhadap infeksi intrasel misalnya Morbili, Cacar air dan Tuberkulosis di samping fungsi fagosit leukosit menurun sebagai daya bunuh intrasel. (Hariyono, 1986)

Untuk jumlah anak yang dimiliki seorang ibu tak didapatkan perbedaan yang bermakna. Juga antara peserta program keluarga berencana dan tak menjadi peserta tidak didapatkan perbedaan yang bermakna dalam menentukan status gizi balita. Lubis dkk. (1985) mendapatkan jumlah anak 1-2 orang mempunyai lebih sedikit anak balita yang menderita atau pernah KKP di mana 5 dari 14 anak (35,7 %) dibanding 13 dari 24 anak (54,2 %) pada keluarga dengan jumlah anak 3-6 orang maupun yang lebih dari 6 orang yaitu 20 dari 26 anak (76,9 %). Makin besar anggota keluarga makin banyak anak balita yang menderita KKP di mana untuk peserta KB yang perbedaannya tak bermakna dengan yang menjadi peserta KB mungkin akibat mereka baru beberapa tahun saja menjadi peserta sehingga manfaat langsung baik dari pengetahuan serta dari pinjaman dana yang diberikan pada kelompok peserta KB ini belum kelihatan nyata. Seperti tampak sebagian besar merupakan peserta baru sampai 3 tahun menjalani KB sebesar 104 orang (94,55 %). Mereka yang mengalami ganti cara terbesar karena alasan sering sakit sebanyak 28 orang (77,77 %), hal ini tak lepas akibat mungkin karena pengendalian dan pemantauan serta pendekatan penyuluhan yang manusiawi belum dijalankan dengan benar dan optimal.

Ternyata di sini memang ada pengaruh pemakaian pil KB terhadap produksi ASI pada 5 orang peserta KB (4,50 %). Di mana mereka yang mengeluh ini menggunakan pil KB yang mengandung estrogen dan progesteron. Di mana estrogen akan menghambat laktasi yang sudah berjalan dan memperpendek masa laktasi, tetapi dengan pil KB dosis rendah pengaruh ini dapat dikurangi. Sebaliknya pil KB yang mengandung progesteron tidak mempengaruhi laktasi. Menghadapi keluhan ini alangkah baiknya jika mengganggu sehingga menyebabkan penyapihan dini, dianjurkan untuk ganti cara KB yang tidak mempengaruhi laktasi, karena pil progesteron belum tersedia di puskesmas. Walaupun sesungguhnya jangan tergesa-gesa menyatakan ASI kurang atau tidak keluar. Biasanya ibu-ibu muda sangat khawatir bilamana bayi banyak menangis, gumoh, cikan, bersin dan sebagainya. Ibu selalu merasa khawatir dan tidak bahagia dapat mengganggu produksi ASI, untuk itu ibu harus tetap dianjurkan menyusui bayinya pada waktu-waktu tertentu oleh karena merupakan stimuli bagi produksi ASI. Diet yang baik sering menghasilkan perbaikan di mana tidak hanya mencukupi kebutuhan ibu tapi juga kebutuhan produksi ASI. (Hariyono, 1977)

Mengenai pemeriksaan kehamilan ternyata frekuensi kunjungan sangat mempengaruhi status gizi balita di mana antara 0 - 3 kali dan 4 kali ke atas didapatkan perbedaan yang bermakna. Ini tak lepas dengan makin sering diperiksa kehamilan makin banyak informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan baik

untuk perawatan kehamilan dan merawat bayi nantinya serta terjalin saling pengertian sehingga mereka tak segan dan ragu untuk menghubungi petugas kesehatan jika ada persoalan. Dan juga mereka segera mendapatkan pengobatan jika sakit serta kelainan kehamilan diketahui secara dini dan tablet sulfas ferrosus serta imunisasi. Hanya saja kalau dikaitkan dengan penolong persalinan tak didapatkan perbedaan yang bermakna. Hal ini mungkin setelah ditolong petugas kesehatan khususnya bidan kebanyakan selanjutnya mendapat perawatan oleh dukun bayi terdekat, hal ini mengingat terbatasnya tenaga bidan ataupun pembantu bidan serta luas jangkauan pelayanan. Khusus untuk yang ditolong dukun bayi terlatih karena mereka baru satu tahun dilatih dan mendapatkan bimbingan teratur setiap bulan sewaktu menyerahkan laporan kegiatan di puskesmas ternyata mereka belum mampu secara optimal menyampaikan dan melaksanakan pesan-pesan dan ketrampilan yang diperoleh. Sehingga untuk itu tentu saja diperlukan pengajaran cara penyapihan yang lebih baik serta pemantauan teratur kegiatan mereka di lapangan secara langsung. Faktor hambatan memang mengingat usia dukun bayi yang umumnya berusia pertengahan serta kemampuan membaca dan menulis yang terbatas.

Ternyata ibu yang memberikan ASI masih lebih besar jika dibanding dengan ibu yang memberi susu bubuk kepada anaknya. Di mana 60,8 % masih menyusui anaknya yang agak jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan hasil Wibisono (1980) sebesar 48,94 %, sedangkan De Macias (1981) hampir sama sebesar 56,1 % di Nicaragua. Untuk pemakaian susu bubuk di sini sebesar 19,2 % yang tak jauh berbeda dengan Wibisono (1980) sebesar 23,40 %, sedangkan de Macias (1981) mendapatkan sebesar 30,3 %. Keadaan dimana ada kecenderungan menurunnya pemakaian ASI dan meningkatnya pemakaian susu buatan karena kurangnya informasi di antara tenaga profesional medis dan akibat cara pabrik memasarkan susu bubuk dengan menggunakan pengujung medis ahli gizi atau penjual terlatih yang bekerja langsung berhubungan dengan klinik-klinik dan tenaga kesehatan. Satu diantaranya memberikan produknya berupa susu bubuk secara gratis yang dibagikan melalui badan atau lembaga kesehatan masyarakat seperti puskesmas yang masih tampak pada tahun 1980 di Kabupaten Sleman, Yogyakarta, dimana menimbulkan salah informasi karena sesungguhnya hanya untuk sementara dalam menghadapi anak kurang gizi tapi kemudian berkelanjutan dan diterima dengan baik oleh ibu sang anak sebagai cara pemberian makanan bayi yang benar. Semuanya ini dapat menyebabkan menurunnya pemberian ASI secara baik. Untuk itu beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menyusui mempunyai dua kebutuhan penting yaitu informasi terinci tentang berbagai aspek menyusui dan dukungan emosional, terutama pada hari-hari pertama menyusui yang dapat diberikan oleh orang yang dipercaya (Ebrahim, 1979; Wibisono, 1980; dan Mandl, 1981).

Tampak kesan balita yang menerima ASI lebih banyak masuk dalam kelompok status gizi baik jika dibanding pemakai susu buatan walaupun perbedaannya tak bermakna di mana hal ini tak lepas dari keunggulan ASI dibanding dengan susu buatan terutama kandungan gizi, biokimia, zat anti yang dimiliki di samping murah harganya, selalu tersedia dalam suhu ideal, selalu segar dan bebas

pencemaran kuman, angka kejadian eksem atopik sangat rendah serta keuntungan psikologis (Mandl, 1981 ; De Macias, 1981).

Alat yang digunakan untuk memberikan susu bubuk terbanyak dengan botol dan dot sebesar 56,5 % agak lebih rendah bila dibanding dengan hasil Wibisono (1980) sebesar 70,83 %. Di sini juga tidak ada perbedaan yang bermakna mengenai alat yang dipakai dalam menentukan status gizi anak balita, walaupun ada kecenderungan yang memakai gelas lebih baik status gizinya dibandingkan dengan yang memakai botol dan dot serta cangkir dan sendok. Keadaan ini dapat dihubungkan dengan banyaknya anak-anak sebulan lalu yang menderita sakit terutama mengingat banyaknya ibu yang memakai susu bubuk dengan memakai botol dan dot. Hal ini sesuai dengan penelitian di BKIA kota dan desa di Yogyakarta terhadap botol susu dengan dot ternyata 75 % botol ini terkena kontaminasi bakterial lebih dari 100.000 organisme/ml. Dan mengenai cara membuatnya ternyata yang menurut petunjuk pabrik hanya 25 % saja (Wibisono, 1980 dan Morley, 1979).

Adapun penganjur pemakaian ASI yang terbanyak pamong desa, orang tua dan dukun bayi. Sedangkan penganjur pemakai susu bubuk mantri kesehatan sebesar 80 %. Keadaan ini berbeda dengan Wibisono (1980) yang mendapatkan penganjur pemakai susu buatan kebanyakan dokter sebesar 33,33 %. Ini terjadi karena adanya pembagian susu buatan dari puskesmas di mana ibu menjadi biasa memakai susu buatan seperti petunjuk dokter tanpa indikasi yang tepat. Padahal maksud sesungguhnya untuk sementara saja karena ibu tak dapat memberi ASI tetapi kemudian hal ini berkelanjutan menjadi kebiasaan yang keliru. Tampak di sini petugas kesehatan masih merupakan penganjur utama pemakaian susu bubuk.

Frekuensi menyusui seharusnya rata-rata 6,68 kali di mana sebagian besar disusui karena menangis sebesar 64,4 %. Keadaan ini agak lebih rendah bila dibandingkan dengan penelitian pemberian ASI di Ngaglik Yogyakarta sebesar 9 kali (Wibisono, 1980). Sedangkan pemberian susu bubuk terbanyak siang hari hampir dua kali dibanding malam hari karena ibu meninggalkan rumah mencari nafkah. Walaupun sesungguhnya pemberian ASI frekuensinya sulit sekali diselidiki karena hampir di semua lingkungan Indonesia bayi-bayi diberi ASI setiap saat mereka meminta tanpa mengikuti jadwal tertentu. Para ibu bahkan sering tak menyadari bayi mereka sedang menyusui. Pemberian ASI menurut jadwal tertentu adalah cara yang salah dan mengganggu proses terciptanya penyesuaian fisiologis antara ibu dan bayinya. Tak ada jadwal yang baik untuk pemberian ASI, yang paling tepat pemberian ASI setiap saat bayi meminta karena ini akan langsung memenuhi kebutuhan gizi bayi (Morley, 1979).

Untuk air yang dipergunakan dalam penyajian susu bubuk cukup baik di mana sebagian besar telah memakai sumber air yang terlindung dari pencemaran sebesar 95,6 % berasal dari sumur gali dan sumur pompa. Alasan mereka untuk mengunjungi posyandu cukup baik yaitu untuk mengetahui tingkat kesehatan anak sebesar 93,3 persen sedangkan alasan mereka tak mengunjungi posyandu secara teratur karena tak mengetahui tempat dan waktu pelaksanaan sebesar 56,5 persen. Keadaan ini karena adanya perubahan tempat dan waktu pelayanan yang diumumkan oleh pamong, kader gizi dan dukun bayi terlatih karena adanya peningkatan pelayanan dengan menambah jadwal kunjungan puskesmas dan

pelayanan terpadu dari seperti biasanya sehingga pada tahap-tahap pertama terjadi sedikit hambatan dalam penyampaian informasi yang benar dan tepat serta cepat. Mereka yang mengunjungi posyandu secara teratur sudah cukup baik di mana mencapai angka cakupan sebesar 80,84 persen yang mana ini membuktikan makin meningkatnya kesadaran akan pentingnya serta manfaat nyata berkunjung ke posyandu secara tertaur baik untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga lainnya.

KESIMPULAN

Hasil penelitian di desa Sidomukti Kecamatan Paguyaman di Kabupaten Gorontalo pada 120 balita mendapatkan kecenderungan menurunnya frekuensi jumlah balita setelah usia 18 bulan Prevalensi KKP berdasarkan parameter berat badan terhadap usia sebesar 38,3 % dan parameter berat badan terhadap tinggi badan sebesar 26,7 % dengan persentasi masing-masing paling besar menurut kelompok usia 24-29 bulan sebesar 63,5 % dan kelompok usia 42-47 bulan sebesar 66,67 %.

Usia rata-rata balita disapih 15,3 bulan dengan kelompok usia yang terbanyak 18-23 bulan dengan penyebab utama penyapihan karena ibu hamil lagi sebesar 23,9 % dan anak menolak sebesar 26,1 %. Alasan penyapihan yang dilakukan oleh ibu paling besar di mana mencapai 73,9 %. Tampak kecenderungan makin tinggi penghasilan keluarga makin tinggi penghasilan keluarga makin cepat disapih sebesar 54,3 %.

Ibu yang sakit sebulan yang lalu ternyata bermakna dalam mempengaruhi status gizi balitanya. Mengenai saat pemberian makanan tambahan ternyata di sini dijumpai perbedaan yang bermakna dalam menentukan status gizi balitanya antara kelompok usia 0-6 bulan dengan 6 bulan ke atas. Penyakit yang banyak diderita balita sebulan yang lalu paling banyak infeksi saluran nafas dan saluran pencernaan di mana angka kesakitan pada kelompok gizi sebesar 61,51 % dan kelompok gizi kurang sebesar 56,52 %.

Ibu yang menjadi peserta program Keluarga Berencana sebanyak 111 orang (92,5 %) di mana sebagian besar merupakan peserta yang belum mencapai 3 tahun sebesar 94,55 %. Mereka yang melakukan ganti cara terbesar karena alasan sering sakit sebesar 77,77 %. Untuk pemakaian pil KB ternyata sebanyak 5 orang (4,5 %) merasakan pengaruhnya terhadap produksi ASI dan sebanyak 63 orang (52,5 %) memakai ramuan tradisional untuk melancarkan produksi ASI.

Tak dijumpai perbedaan yang bermakna antara kelompok peserta program Keluarga Berencana dengan yang tidak menjadi peserta dalam menentukan status gizi balitanya.

Mengenai pemeriksaan kehamilan ternyata frekuensi kunjungan sangat mempengaruhi status gizi balitanya. Ibu yang memberikan ASI lebih besar jika dibanding dengan ibu yang memberi susu bubuk masing-masing sebesar 60,8 % dan 19,2 %.

Alat yang digunakan untuk memberikan susu bubuk sebagian besar dengan botol dan dot sebesar 56,5 %. Adapun penganjur pemakaian ASI yang terbanyak pamong desa, orang tua dan dukun bayi sedangkan penganjur pemakai susu bubuk

mantri kesehatan. Frekuensi menyusui seharusnya rata-rata 6,68 % kali dimana sebagian besar disusui karena alasan menangis sebesar 64,4 %. Untuk air yang digunakan dalam penyajian susu bubuk sebagian besar memakai sumber air dari sumur gali dan sumur pompa sebesar 95,6 %.

Alasan terbesar untuk mengunjungi Posyandu karena ingin mengetahui tingkat kesehatan anaknya sebesar 93,3 % di mana sebanyak 80,84 % ibu telah mengunjungi Posyandu secara teratur setiap bulannya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Bapak Mirsad Mooduto sebagai Wakil Kepala puskesmas Sidomulyo dan Ibu Ismi Maulana Kepala Puskesmas Pembantu Sidomukti yang telah banyak membantu di dalam pengadaan sarana dan penyiapan di lapangan untuk penelitian ini. Juga penghargaan dan terima kasih atas kerjasama yang serasi dan penuh pengertian serta dorongan semangat yang telah diberikan kepada kami oleh Bapak Junus Mukmin, Ibu Asna Mertosono, Ibu Saripah Maudi, Ibu Heldi dan Ibu Jumilah staf Puskesmas Sidomulyo beserta pamong desa, kader gizi, Prokesa dan dukun bayi terlatih desa Sidomukti sehingga terlaksananya penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

- Hariyono Suyitno R. 1986 *Pengamatan vaksinasi dalam hubungannya dengan berbagai tingkat gizi*. Tesis untuk memperoleh gelar doktor. Semarang, Universitas Diponegoro.
- Suryadi HMA, Husaini H, Krisdinamurtirin Y. 1980 *Pengaruh macam-macam intervensi gizi terhadap frekuensi sakitan (morbidity)*. Pada anak-anak balita di taman gizi perkebunan karet (PTP XI) Sukabumi Jawa Barat. Medika, 9: 534-40.
- Wibisono, B.H. 1980 *Hubungan pola menyusui, keadaan dan sikap ibu serta pemberian makanan tambahan terhadap status gizi anak di bawah usia 2 tahun di Desa Sariharjo, Kabupaten Sleman, Yogyakarta*. Program tindakan mahasiswa pada Program Pendidikan Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta.
- Morley D. 1979 *Prioritas pediatri di negara sedang berkembang*. In; Rohde JE, ed. Terjemahan. Samhari Baswedan, Bambang Sutedjo. Yogyakarta, Yayasan Essentia Medica.
- Sudirman H, Rakawati IGA SU. 1984 *Status gizi dan konsumsi zat gizi anak balita di desa Sembung, Kecamatan Mengwi, Bali*. Medika, 10: 748-53.
- Lubis IZ, Y Nurbafrin N, Nasution MA et al (1985) *Keadaan gizi anak balita di desa Pakantan*. Medika, 6: 531-37.
- Mandl PE. 1981 *Pentingnya menyusui*. In; Mandl PE, ed. *Menyusui dan kesehatan*. Terjemahan. Angela N, Handrawn N. Jakarta, Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia, 9-14.
- Ebrahim GJ. 1979 *Air susu ibu*. In; Rohde JE, Purnomo H. Rds. Terjemahan Soeharyono. Yogyakarta, Yayasan Essentia Medica.
- Enoch M, Paredede MI. 1987 *Pola penyapihan dan status gizi anak di bawah tiga tahun (balita) di Kalurahan Kampung Bali Jakarta Pusat*. Medika, 3: 269-78.
- Ngurah K. 1981 *Status gizi anak-anak balita di Nusa Penida ditinjau dari sudut antropometri*. Cermin Dunia Kedokteran, 24: 58-60.
- Satoto 1977 *Pola penyusuan bayi-anak di dua desa pantai Utara Jawa Tengah*. Kumpulan naskah simposium peningkatan penggunaan ASI pada pertumbuhan dan perkembangan bayi anak. Semarang, 93-106.
- Detty SNZ R. 1988 *Hubungan lama menyusui dengan pekerjaan dan pendidikan ibu*. Berita Kedokteran Masyarakat IV, 7: 220-25.
- Purnomo A, Abunain D, Enoch M. 1987 *Hubungan pergeseran pola penyapihan bayi-anak dengan pendidikan ibu*. Medika, 10: 990-95.

- Enoch M, H Syarif T. 1986 *Profil keluarga dengan anak balita gizi buruk*. Medika, 3: 248-52.
- Pechevis M. 1981 Melatih petugas kesehatan dalam bidang menyusui. In ; Mandl PE, ed. *Menyusui dan kesehatan*. Terjemahan Angela Indonesia, 90-102.
- De Macias GO. 1981 Pergerakan wanita di Nikaragua mempromosikan kebiasaan menyusui. In: Mandl PE, ed. *Menyusui dan kesehatan*. Terjemahan. Angela N, Handrawan N. Jakarta, Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia, 115-38.
- Anand RK. 1981 Penatalaksanaan menyusui di rumah sakit Bombay In; Mandl Pe, ed. *Menyusui dan kesehatan*. Terjemahan. Angela N, Handrawan N. Jakarta, Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia, 163-77.
- K Yekti, Muis F, Nurkukuh *et al*. 1986 Keadaan gizi dan konsumsi pangan anak balita di desa nelayan dan pertanian (studi kasus di desa Mororejo dan Tanjung, di Kabupaten Jepara). Maj. Kedokter Diponegoro 20: 1: 7-15.
- SS Darmono, Moeis F. 1985 Keadaan kesehatan dan gizi masyarakat kepulauan Karimunjawa 1983. Maj Kedokter Diponegoro 20: 1: 9-17.
- Pujiadi S. 1983 *Sifat-sifat dan kegunaan pelbagai jenis Formula bayi dan makanan padat yang beredar di Indonesia* Cetakan kedua. Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hariyono 1977 *Air susu ibu dalam hubungannya dengan status gizi bayi dan anak*. Kumpulan naskah simposium peningkatan penggunaan ASI pada pertumbuhan dan perkembangan bayi-anak. Semarang, 33-40.
- Universitas Padjadjaran, Fakultas Kedokteran, Bagian Obstetri dan Ginekologi 1975 *Teknik Keluarga Berencana (Perawatan Kesuburan)*. Elstar Offset Eleman, bandung.
- *****